

Vurdering af pædiatrisk delirium hos kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år.

Godkendt: 21.09.2020

Titel

Vurdering af pædiatrisk delirium hos kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år.

Indeksering

Hoved søgeord: Smerter og sanseindtryk

Forfattergruppe

Rikke Louise Stenkjær, kliniske sygeplejespecialist, Ph.d.-studerende, CCRN, MVO, Neonatalafdelingen, Rigshospitalet

Susanne Søndergaard, klinisk sygeplejespecialist, Ph.d.-studerende, CCRN, cand.cur. Neonatalafdelingen, Rigshospitalet

Pernille Skovby, klinisk sygeplejespecialist, operation og intensiv øst, CRNA, MKS. Aarhusuniversitetshospital Skejby

Gitte Mikkelsen, klinisk sygeplejespecialist, CCRN, cand. cur BRITA, Odense

Janne Weis, forsker og klinisk sygeplejespecialist, CCRN, cand.cur. ph.d., Neonatalafdelingen, Rigshospitalet

Konsulenter:

Anne-Mette Bæk Jensen, overlæge, Neonatalklinikken, Rigshospitalet

Godkendelse

Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer.

Dato: 21.09.2020

Bedømmelse

Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring. Har været forelagt

Målgruppe

Sundhedspersonale, der som en del af deres daglige arbejde, arbejder med børn i alderen 0-18 år, der er i risiko for at udvikle pædiatrisk delirium. Patienter og deres pårørende kan ligeledes orientere sig i retningslinjen.

Indledning/opdatering

Dette er en opdatering af den kliniske retningslinje publiceret april 2018, da vi blev gjort opmærksom på, at der var nye studier indenfor området.

Baggrund

Pædiatrisk delirium (PD) er et komplekst neuropsykiatrisk syndrom med en akut cerebral dysfunktion[1].

PD omfatter neuropsykiatriske symptomer, der ikke adskiller sig meget fra de symptomer, der ses hos voksne. Det drejer sig om søvn-vågenhedsforstyrrelser, desorientering, uopmærksomhed, hallucinationer, angst, ændret adfærd og humørsvingninger [2].

PD er kategoriseret i tre undergrupper: hyperaktiv, hypoaktiv og blandet form for delirium [3]. Det hyperaktive pædiatriske delirium kan vise sig ved, at barnet er udad reagerende. Hyperaktivitet kan være kritisk for barnet, da der er øget risiko for, at det kan falde ud af sengen, seponere diverse katetre eller foretage accidentiel extubation. Den medfølgende høje grad af ubehag og stress anses også som værende en risiko for barnets helbredelse. Ved det hypoaktive pædiatriske delirium kan forældrene ofte ikke kende deres barns adfærd, da børnene kan blive stille og apatiske [4].

Der er en positiv korrelation mellem sværhedsgraden af sygdom og delirium [5]. Mange risikofaktorer er identificeret og kan klassificeres som patientrelaterede eller behandlingsrelaterede. Patientrelaterede faktorer omfatter blandt andet barnets alder under to år, sygdommes sværhedsgrad og barnets udviklingsgrad. De behandlingsrelaterede faktorer omfatter blandt andet respiratorbehandling, koma samt indgift af benzodiazepiner [6].

Hos voksne er referencestandard for diagnosticering af delirium en psykiaters vurdering ud fra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V) [7] eller ICD-10 [8]. Disse kriterier anses også for at give en sikker diagnosticering af delirium hos børn, når barnet vurderes af en psykiater [2]. Vi har ikke kunne få bekræftet om dette er praksis i Danmark.

Problemstilling:

Den rapporterede prævalens af PD er 4-56 % [9-12]. Delirium er beskrevet hos børn under et år [3], men endnu ikke hos præmature børn. Delirium er associeret med et dårligere outcome i form af flere respiratordage, længere indlæggelsestid, øget mortalitet og langtidspåvirkning af de kognitive funktioner [6, 13-15].

I et studie med 102 børn rapporterede en tredjedel af børnene erindringer præget af vrangforestillinger og svære hallucinationer under indlæggelsen [16]. Hallucinationerne kunne være både visuelle, auditive og taktile og blev oplevet som stærkt angstprovokerende. Tilstedeværelsen af hallucinationerne var positivt korreleret til posttraumatisk stress [16].

Selvom der på nuværende tidspunkt ikke er belæg for en direkte kobling mellem disse oplevelser og tilstedeværelsen af intensivt delirium, indikerer fundene, at børn indlagt på en intensiv afdeling kan have psykiske eftervirkninger, som det er vigtigt at identificere og behandle allerede under indlæggelsen.

Meget tyder på, at PD er underdiagnosticeret. Dette kan skyldes, at der ikke har været så stort fokus på dette område [17]. Det kan være svært at identificere symptomerne hos præverbale børn og særligt ved den hypoaktive form kan symptomerne let overses. Et studie viser, at den hypoaktive og den blandende form af delirium er hyppigst forekommende [6]. Mange af symptomerne ved pædiatrisk delirium er overlappende med andre tilstande så som smerter, distress og abstinenser. Der findes fire forskellige redskaber til at kunne identificere PD; CAPD [1], p-CAM-ICU [11], ps-CAM-ICU [10] og SOS-PD [18].

Patientgruppen:

Kritisk syge hospitalsindlagte børn i aldersgruppen 0-18 år.

Definitioner:

Pædiatrisk delirium er et komplekst neuropsykiatrisk syndrom med en akut cerebral dysfunktion hos børn [1].

Forældreperspektiv:

Der foreligger kun sparsom dokumentation om forældres oplevelse af delirium hos deres barn. G. Colville skiver i artiklen, Psychological aspects of care of the critically ill child, 2015:

“It is clear from discussions with families that they find delirium very distressing to watch in their child, particularly if they have not been fore-warned about the possibility that this could happen or if there is any fear that the child may have sustained brain damage which could affect their behavior or their ability to recognize the people closest to them.” [19](p.184)

Inden for smerteområdet peger undersøgelser på, at forældre oplever følelsesmæssig belastning relateret til deres barns smerter [20]. Nogle forældre udtrykte bekymring for personalets måde at reagere på i forhold til barnets tegn på smerte og belastning. Forældrene ønskede mere viden om smerter og smertebehandling, og de ønskede, at personalet udviste større følsomhed og konsistens i smertevurdering og behandling [19]. Der er grund til at tro, at forældre har lignende oplevelser i relation til den belastning, barnet oplever ved delirium. For yderligere at belyse forældreperspektivet interviewede vi en mor til en indlagt dreng på 3 måneder. Drengen havde været indlagt siden fødslen og både læger og sygeplejersker drøftede om drengen muligvis havde delirium.

Moderen beskrev følgende:

"Jeg har haft oplevelser med D. hvor han har været meget urolig og gribende efter kathetre og tuber, men også haft perioder hvor han har været meget indtrukket i sig selv. Jeg tænkte umiddelbart ikke at det var en tilstand, men måske mere et ubehag, da han stadig er meget følsom omkring berøring omkring hans næse ved sugning eller sonden. Jeg tænker også, at det kan have været smerter eller abstinenser min søn har haft i perioder" [21].

Moderen tænkte desuden, at det ville være en god idé at have et redskab til at kunne identificere delirium.

"Det er en tilstand der kan være svær at se, så ved at have et redskab vil man kunne genkende symptomerne. Det vil gøre at man rent faktisk kan gøre noget ved det." [21]

Det ser således ud til, at udover at lindre barnets lidelse kan anvendelse af et validt redskab til vurdering af delirium også medvirke til at skabe klarhed for forældrene og dermed reducere deres belastning.

Sygeplejerskens rolle omfatter information af forældre samt at lytte til forældres oplevelse af barnets ubehag og belastning [22]. Stringent anvendelse af et valideret redskab til vurdering af delirium giver et fælles fagligt grundlag for vurdering og afrapportering. Det bliver klart for forældre såvel som sundhedsprofessionelle, hvad det er, der observeres, hvornår tilstanden er til stede, samt om igangsat behandling virker.

Formål

At udarbejde anbefalinger om hvilket instrument, der bør foretrækkes ved systematisk identifikation og vurdering af pædiatrisk delirium hos kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år.

Metode

Fokuseret spørgsmål:

Hvilke redskaber til vurdering af pædiatrisk delirium er valide og reliable til vurdering af delirium hos kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år?

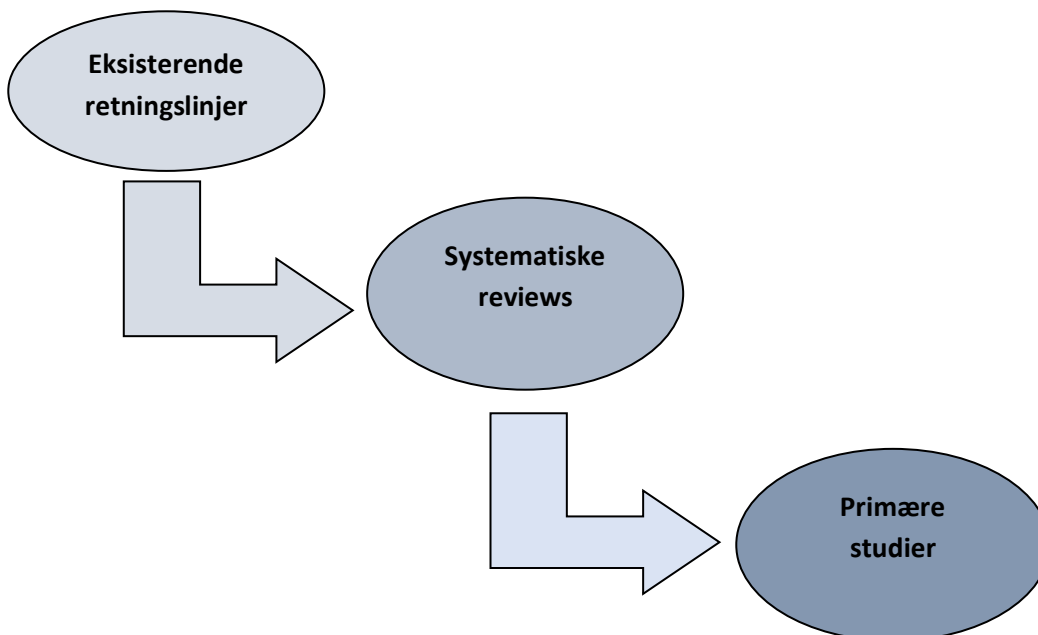
Population	Index test	Reference standard	Outcome
Kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år	Redskaber til vurdering af pædiatrisk delirium; CAPD, p-CAM-ICU og ps-CAM-ICU	En psykiaters vurdering ud fra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)	Identifikation af pædiatrisk delirium

Tabel om vurdering af outcomes

Effektmål	Kritisk	Vigtig
Sensitivitet	X	
Specificitet	X	
Sandt positive	X	
Sandt negative	X	
Falsk positive	X	
Falsk negative	X	

Systematisk litteratursøgning: Identificering af Body of Evidence

Denne kliniske retningslinje har fulgt nedenstående tretrins søgeproces:



1. trin: Eksisterende retningslinjer / Internationale guidelines

Den første udgave af denne kliniske retningslinje blev baseret på en international klinisk retningslinje publiceret i artiklen Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals[22]. Kliniske retningslinjer inden for området blev yderligere søgt i databaserne: Tripdatabase, JBI Best practice sheets, NICE, SIGN og RNAO, hvor der ikke fremkom andre kliniske retningslinjer.

Da det fokuserede spørgsmål i den første udgave af denne kliniske retningslinje, var identisk med det fokuserede spørgsmål i ovenstående internationale kliniske retningslinje, blev denne kvalitetsvurderet.

Søgningen i den første udgave af denne kliniske retningslinje omfattede en opdatering af søgningen i den internationale retningslinje med perioden 1. august 2015 – 1. september 2017. Søgningen i nærværende kliniske retningslinje begrænser sig til søgning efter publikationer i perioden september 2017 – december 2019. Inklusionskriterier omfatter studier publiceret på engelsk og skandinaviske sprog, der inkluderer børn i alderen 0 til 18 år (se skema for in- og eksklusionskriterier).

2. trin: Systematiske litteraturgennemgange / reviews

Der blev søgt efter systematiske litteraturgennemgange. Der er søgt i databaserne: JBI Library, The Cochrane Library og Prospero.

3. trin: Primær litteratur

Der er søgt efter primær litteratur i følgende internationale og nationale databaser: PubMed (Medline), EMBASE, CINAHL, The Cochrane Library, Bibliotek.dk (Artikelbasen), NORART, SveMed+ og Tripdatabasen. Desuden er der søgt på The Joanna Briggs Institute, NICE (National Institute Health and Clinical Excellence), SIGN (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network). I denne opdatering er der søgt efter primær litteratur i databaserne PubMed (Medline), EMBASE og CINAHL.

I litteratursøgningen har følgende søgeord været anvendt: "delirium", "Delirium", "Pediatrics", "pediatrics", "pediatric", "critical care", "critical", "Care", "child", "infant" og "adolescent".

I PubMed har søgeord været anvendt som MESH-ord, i CINAHL som Cinahl Subject Headings og i Embase som Emtree.

Se bilag 1 for detaljeret søgestreng på Pubmed, CINAHL og Embase.

Der er desuden foretaget manuel søgning af det inkluderede studies referenceliste samt søgning efter grå litteratur på www.clinicaltrials.gov samt www.mednar.com (Mednar) med henblik på at identificere eventuelle upublicerede, ikke-peer reviewed studier.

Den detaljerede søgeprotokol, som har dannet grundlag for den systematiske litteratursøgning i forbindelse med opdatering af den kliniske retningslinje kan ses i bilag 1. Resultat af søgning ses i Prisma diagram (bilag 2).

Inklusionskriterier og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Engelsk samt skandinaviske sprog	Andre sprog
Studier der inkluderer børn i alderen 0-18 år.	
Population klart defineret	Population uklart defineret, mix mellem børn og voksne uden afrapportering af subgrupperesultater
Validering af specificerede redskaber til vurdering af delirium	Redskaber der vurderer andre tilstande end delirium
Metaanalyser eller Systematiske Review, RCT, Cohort Studier eller Case serie studier der rapporterer efficacy data	Inkomplette afrapporteringer eller mangelfuld afrapportering af efficacy

Udvælgelse og vurdering af litteratur:

Den opdaterede litteratursøgning er foretaget af to af gruppens medlemmer (RLS og JW).

Den internationale kliniske retningslinje blev kvalitetsvurderet uafhængigt af alle i arbejdsgruppen ved hjælp af AGREE II instrumentet, hvorefter vurderingerne blev sammenholdt. Ved uoverensstemmelse i vurderingerne blev disse diskuteret efter gennemlæsning af retningslinjen igen. Herefter var der enighed om kvalitetsvurderingen (bilag 3).

I den udvidede søgning i 2017 fandt vi to artikler. Artiklen skrevet af Smith et al., The Preschool Confusion Assessment Method for the ICU: Valid and reliable Delirium Monitoring for Critically Ill infants and Children[10] blev først vurderet uafhængigt af alle medlemmer fra arbejdsgruppe og derefter blev vurderingerne sammenholdt. Ved uoverensstemmelse blev disse diskuteret efter gennemlæsning af artiklen igen. Artiklen blev læst, kvalitetsvurderet og sammenfattet ved hjælp af checkliste til diagnostiske test. (Se bilag 4). Den anden artikel af Ista et.al, Sophia Observation withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium scale: A tool for early screening of delirium in the PICU[18] blev først vurderet uafhængigt af JW, GM, RLS og derefter blev vurderingerne sammenholdt. Ved uoverensstemmelse blev disse diskuteret efter gennemlæsning af artiklen igen. Artiklen blev læst, kvalitetsvurderet og sammenfattet ved hjælp af checkliste til diagnostiske test. SOS-PD scoringsredskabet har flere fordele ved at kunne identificere og skelne imellem abstinenser og delirium hos børn fra 3 måneder til 16 år, hvor der er mange identiske symptomer mellem de to tilstande. Herudover vil det være en fordel for

sundhedspersonalet kun at skulle anvende et redskab for at kunne vurdere disse to tilstande og ikke to forskellige redskaber. Vi vurderede dog, at studiet ikke kunne inkluderes (bilag 5).

I søgningen i 2019 fandt vi en ny artikel "Validation of the SOS-PD scale for assessment of pediatric delirium: a multicenter study" af Erwin Ista et al. [23]. Artiklen blev læst, kvalitetsvurderet og sammenfattet ved hjælp af checkliste til diagnostiske test af tre af arbejdsgruppens medlemmer (JW/GM/RLS) uafhængigt af hinanden. Derefter er vurderingerne sammenholdt og ved uoverensstemmelse er disse blevet diskuteret efter gennemlæsning af artiklen igen (se bilag 6). Formulering af anbefalinger er sket ved konsensus blandt alle arbejdsgruppens medlemmer.

Litteraturgennemgang

Fokuseret spørgsmål 1:

Hvilke redskaber til vurdering af pædiatrisk delirium er valide og pålidelige hos kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år?

Anbefaling:

↑ Der findes fire forskellige validerede redskaber til identifikation og vurdering af pædiatrisk delirium hos kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år. Der kan ikke anbefales ét specifikt redskab. ⊕⊕⊕○ **MODERATE**

Kort uddybning af anbefalingen og gode praktiske råd:

I denne retningslinje har vi identificeret 4 redskaber til vurdering af pædiatrisk delirium, der ud fra vores kvalitetsvurderinger må konkluderes at være valide og pålidelige.

Baseret på konsensus i arbejdsgruppen, anbefaler vi i overensstemmelse med ovenstående anbefaling, at alle kritisk syge hospitalsindlagte børn vurderes for delirium med et valideret redskab en gang i hver vagt samt efter behov startende 48 timer efter indlæggelse [22].

Alderssammensætningen i på hvilket scoringsredskab man vælger at implementere, afdelingen kan have indflydelse. Har man i en afdeling både voksne og børn og allerede er bekendt med CAM-ICU, kan det være en fordel at holde sig til ps-CAM-ICU og p-CAM-ICU, der tilsammen dækker aldersgruppen 6 måneder til 16 år. Det vil dog så betyde, at man skal bruge tre forskellige redskaber til at identificere og skelne mellem de tre overlappende tilstande: smerter, iatrogene abstinenser og PD. Ps- og p-CAM-ICU er endnu ikke oversat til dansk.

CAPD dækker over aldersgruppen (0 – 21 år) og kan derfor med fordel implementeres i afdelinger med en stor aldersvariation. Instrumentet er oversat til dansk og inter-rater reliabilitet testet af klinikere fra ÅUH [24].

Arbejdsgruppen finder det hensigtsmæssigt at det samme PD-redskab anvendes nationalt for at sikre overensstemmelse i vurderinger hvorved konsistens i observation og behandling fremmes på tværs af afdelinger og hospitaler.

Ud fra en samlet vurdering af de tre instrumenter finder vi at SOS-PD er det instrument

der vil være bedst egnet til en implementering på landsplan. Dels fordi det dækker et bredt aldersspektrum, dels fordi det kan anvendes til at identificere og skelne mellem både iatrogene abstinenser og delirium hos børn. Anvendelse af ét samlet redskab til at screene for to forskellige tilstande med overlappende symptomer optimerer vurderingen af patienten, der er i risiko for at udvikle såvel delirium som abstinenser som komplikationer til intensiv pleje og behandling. Herudover kan ét samlet redskab lette overblikket over barnets/den unges tilstand. Redskabet kan endvidere lette sundhedspersonalets arbejde, da der kun skal anvendes en skala til screening fremfor to forskellige

I valideringen af SOS-PD har studiepopulationen omfattet børn fra 3 måneder og op til 16 år. Vi anser det ikke for problematisk at anvende skalaen til unge mellem 16 og 18 år, da der umiddelbart ikke er store forskelle aldersgrupperne imellem i forhold til vurdering for PD.

SOS-PD er en videreudvikling af Sophia observation withdrawal symptoms scale (SOS) [25]. Denne retningslinje beskriver PD delen af redskabet. Abstinensdelen og validiteten af denne er uddybet i den nationale kliniske retningslinje om iatrogene abstinenser hos hospitalsindlagte børn [26]. Redskabet består samlet af 22 adfærdsmæssige elementer, hvoraf de 17 repræsenterer PD og 10 elementer er overlappende imellem de to tilstande. Der skal klikkes "ja" når et element præsenterer sig hos barnet indenfor de 4 timer hvor barnet observeres. Samlet score tælles sammen og en score ≥ 4 er tegn på delirium. Der findes endnu ikke en evidensbaseret behandling af PD, men non-farmakologiske interventioner virker lovende og en non-farmakologisk intervention er ved at blive udviklet i et dansk ph.d.-projekt. SOS-PD er oversat til dansk af Rikke Louise Stenkjær og Janne Weis i henhold til ISPOR-anbefalinger [27]. Den oversatte SOS-PD kan findes på www.comfortassessment.nl. Oversættelse og face validering i dansk kontekst er beskrevet i en artikel der i øjeblikket er i review.

Herudover vil det være hensigtsmæssigt at gennemføre en systematisk implementering omfattende teoretisk introduktion til PD samt scoringsredskab kombineret med bedside vejledning i praktisk anvendelse. Der er ikke nogen detaljeret guide for dette på nuværende tidspunkt.

Fremadrettet vil det være værdifuldt at få udarbejdet videoer optaget af patienter med og uden pædiatrisk delirium. Med disse videoer vil man kunne øve sig som sundhedsprofessionel i at anvende scoringsredskabet samtidig med, at man vil kunne måle interrater reliabilitet imellem 2 sundhedspersoner.

Det vil være vigtigt at oplyse patientens pårørende om tilstanden og om risikofaktorer herved. Gerne mundtligt samt skriftligt materiale der beskriver vigtigheden af nærvær, klar kommunikation, passende stimulering, ro og søvn.

Litteratur:

Gennemgang af fundne pædiatriske delirium scoringsredskaber.

	Paediatric Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit (pCAM-ICU)[11]	Cornell Assessment Paediatric-Delirium (CAPD)[1]	Preschool Confusion Assessment Method Intensive Care Unit (ps-CAM-ICU)[10]	Sophia Observation withdrawal Symptoms- Paediatric Delirium Scale (SOS-PD)[18]
Age range	5-16 years	0-21 years	6month-5 years	0-16 years
Variable assessed	<p>Four features:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acute change or fluctuation course of mental status 2. Inattention 3. Altered level of consciousness 4. Disorganized thinking 	<p>Eye contact with caregiver</p> <p>Purposeful actions</p> <p>Awareness of surrounding</p> <p>Communicate needs</p> <p>Restless</p> <p>Inconsolable</p> <p>Underactive</p> <p>Response to interaction</p>	<p>Four features:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acute change or fluctuation course of mental status 2. Inattention 3. Altered level of consciousness 4. Disorganized brain 	<p>Agitation (restless), anxiety, eye contact, grimacing impaired attention</p> <p>Speech</p> <p>Tremors</p> <p>Muscle tone</p> <p>Purposeful actions</p> <p>Sleeplessness</p> <p>Hallucinations</p> <p>Disorientation</p> <p>Sweating</p> <p>Acute change/fluctuation</p> <p>Parents</p>
Score range (cut off point)	<p>Features 1, 2, 3 or 4.</p> <p>Requires positive features 1 and 2 with either positive feature 3 or 4</p>	<p>0-40</p> <p>(9)</p>	<p>Features 1, 2, 3 or 4.</p> <p>Requires positive features 1 and 2 with either positive feature 3 or 4</p>	<p>0-15</p> <p>(4)</p>
Reliability data	+	+	+	+
Clinical utility	Feasibility	Utility established at bedside	Feasibility	Feasibility

Gennemgang af evidens:

Ud fra vores kvalitetsvurderinger må der konkluderes at der findes 4 valide og pålidelige redskaber, der kan anvendes til identificering af pædiatrisk delirium: SOS-PD, CAPD, pCAM-ICU og psCAM-ICU. Ved udarbejdelse af evidensprofiler finder vi, at CAPD samt SOS-PD har den højeste sensitivitet og pCAM-ICU og SOS-PD har den højeste specificitet. SOS-PD er derfor god til både at identificere de børn som har delirium og dem som ikke har. Baseret på disse evidensprofiler kan vi ikke anbefale det ene redskab frem for det andet, men anbefaler at ét af de validerede redskaber anvendes.

Summary of Findings Tabel:

Should Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit be used to diagnose delirium in hospitalized children?

Population: Age 5-16 years old

Setting: Pediatric Intensive Care Unit (PICU)

Sensitivity : 0.83 (95% CI: 0.66 to 0.93) | Specificity : 0.99 (95% CI: 0.95 to 1.00)

Test result	Number of results per 1.000 patients tested (95% CI)			Number of participants (studies)	Certainty of the Evidence (GRADE)
	Prevalence 13% Typically seen in Smith et al. study (p-CAM-ICU)	Prevalence 20% Typically seen in Traube et al. study (CAPD)	Prevalence 44% Typically seen in Smith et al. study (psCAM-ICU)		
True positives	108 (86 to 121)	166 (132 to 186)	365 (290 to 409)	68	⊕⊕⊕○ MODERATE ^a
False negatives	22 (9 to 44)	34 (14 to 68)	75 (31 to 150)	(1 study)	
True negatives	861 (827 to 870)	792 (760 to 800)	554 (532 to 560)	68	⊕⊕⊕○ MODERATE ^a
False positives	9 (0 to 43)	8 (0 to 40)	6 (0 to 28)	(1 study)	

Explanations

a. The interval between index test and reference standard was long - up to 3 hours. The delay between index test and reference standard, could have led to recovery or deterioration of the condition, hence leading to misclassification of diagnose.

Should The Preschool Confusion Assessment Method for the ICU be used to diagnose delirium in hospitalized children

Population: 6 months – 5 years

Setting: Intensive Care Unit (ICU)

Sensitivity : 0.75 (95% CI: 0.72 to 0.78) | Specificity : 0.91 (95% CI: 0.90 to 0.93)

Test result	Number of results per 1.000 patients tested (95% CI)			Number of participants (studies)	Certainty of the Evidence (GRADE)
	Prevalence 44% Typically seen in Smith et al. study (ps-CAM-ICU)	Prevalence 20% Typically seen in Traube et al. study (CAPD)	Prevalence 13% Typically seen in Smith et al. study (pCAM-ICU)		
True positives	330 (317 to 343)	150 (144 to 156)	98 (94 to 101)	300	⊕⊕⊕○ MODERATE ^a
False negatives	110 (97 to 123)	50 (44 to 56)	32 (29 to 36)	(1 study)	
True negatives	510 (504 to 521)	728 (720 to 744)	792 (783 to 809)	300	⊕⊕⊕○ MODERATE ^a
False positives	50 (39 to 56)	72 (56 to 80)	78 (61 to 87)	(1 study)	

Explanations

a. The interval between index test and reference standard was long - up to 3 hours. The delay between index test and reference standard, could have led to recovery or deterioration of the condition, hence leading to misclassification of diagnose.

Should Cornell Assessment of Pediatric Delirium be used to diagnose delirium in hospitalized children

Population: 0 years - 21 years

Setting: Hospitalized children

Sensitivity : 0.94 (95% CI: 0.84 to 0.99) | Specificity : 0.79 (95% CI: 0.73 to 0.85)

	Number of results per 1.000 patients tested (95% CI)			Number of participants (studies)	Certainty of the Evidence (GRADE)
	Prevalence 20% Typically seen in Traube et al. study (CAPD)	Prevalence 13% Typically seen in Smith et al. study (pCAM-ICU)	Prevalence 44% Typically seen in Smith et al. study (psCAM-ICU)		
True positives	188 (168 to 198)	122 (109 to 128)	414 (369 to 435)	111	⊕⊕⊕⊕ HIGH
False negatives	12 (2 to 32)	8 (2 to 21)	26 (5 to 71)	(1 study)	
True negatives	634 (588 to 679)	689 (639 to 739)	444 (412 to 475)	111	⊕⊕⊕⊕ HIGH
False positives	166 (121 to 212)	181 (131 to 231)	116 (85 to 148)	(1 study)	

Explanations

Should Sophia Observation Withdrawal Symptoms scale Pediatric Delirium scale (SOS-PD scale) be used to diagnose delirium in hospitalized children?

Patient or population : 3 months – 16 years

Setting : Pediatric ICUs

Single study sensitivity : 0.92 | Single study specificity : 0.96

Test result	Number of results per 1.000 patients tested			Number of participants (studies)	Certainty of the Evidence (GRADE)
	Prevalence 9.9% Typically seen in Ista et al.	Prevalence 20% Typically seen in Traube et al.	Prevalence 44% Typically seen in Smith et al.		
True positives	91	185	406	485 (1)	⊕⊕⊕○ MODERATE ^a
False negatives	8	15	34		
True negatives	869	772	540	485 (1)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
False positives	32	28	20		

CI: Confidence interval

Explanations

a. Alle børn skulle have været vurderet af en børnepsykiater. Der er derfor risiko for, at antal falsk negative ikke er korrekt da ikke alle, der ikke scorede ≥ 4 blev vurderet af psykiater.

Arbejdsgruppens overvejelser:

I nedenstående tabel ses hovedlinjerne i arbejdsgruppens overvejelser omkring, hvordan man endte på netop denne anbefaling.

Balancen mellem effekt og skadevirkninger	Evidensgrundlaget viste ingen klinisk relevant forskel mellem de fire valide og pålidelige scoringsredskaber.
Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen vurderes lav. Se SoF tabellerne.
Værdier og præferencer	Det vurderes, at der ikke er præferencefølsomhed hos patienterne:

	<p>Der er ingen studier der har undersøgt om patienterne foretrækker det ene scoringsredskab fremfor et andet.</p>
<p>Andre overvejelser</p>	<p>Af de fire vurderede redskaber er de to (SOS-PD og CAPD) oversat til dansk.</p> <p>Ved anvendelse af SOS-PD fås ét samlet redskab til at screene for to forskellige tilstande med overlappende symptomer. Dette optimerer vurderingen af patienten, der er i risiko for at udvikle såvel delirium som abstinenser som komplikationer til intensiv pleje og behandling. Herudover kan ét samlet redskab lette overblikket over barnets/den unges tilstand. Redskabet kan endvidere lette sundhedspersonalets arbejde, da der kun skal anvendes en skala til screening fremfor to forskellige. På baggrund af ovenstående pragmatiske begrundelser anbefaler arbejdsgruppen anvendelse af SOS-PD.</p> <p>Alderssammensætning i afdelingen kan have indflydelse på hvilket scoringsredskab man vælger at implementere. Har man i en afdeling både voksne og børn og allerede er bekendt med CAM-ICU, kan det være en fordel at holde sig til ps-CAM-ICU og p-CAM-ICU, der tilsammen dækker aldersgruppen 6 måneder til 16 år. Det vil dog så betyde, at man skal bruge tre forskellige redskaber til at identificere og skelne mellem de tre overlappende tilstande: smerter, iatrogene abstinenser og PD.</p> <p>Det vil være hensigtsmæssigt at det samme PD-redskab anvendes nationalt for at sikre overensstemmelse i vurderinger hvorved konsistens i observation og</p>

	behandling fremmes på tværs af afdelinger og hospitaler.
--	--

Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på at SOS-PD, CAPD, p-CAM-ICU eller ps-CAM-ICU kan anvendes til at identificere PD. Der er ingen rapporterede skadevirkninger ved anvendelse af redskaberne, og der er en forventning om, at de fleste kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år, vil tage imod tilbuddet om systematisk vurdering af delirium. Kvaliteten af evidensen var lav.

Monitorering

Nedenstående er arbejdsgruppens forslag til monitorering.

Andel af hospitalsafdelinger med syge børn i Danmark som anvender SOS-PD.

Andel af danske hospitalsafdelinger med syge børn, som har en lokalinstruks omhandlende hvor ofte der bør scores og re-scores for pædiatrisk delirium.

Andel af pårørende der informeres skriftligt og mundtligt om pædiatrisk delirium under et ophold på en dansk hospitalsafdeling.

Referencer

1. Traube, C., et al., *Cornell Assessment of Pediatric Delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU**. Crit Care Med, 2014. **42**(3): p. 656-63.
2. Turkel, S.B. and C.J. Tavaré, *Delirium in children and adolescents*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2003. **15**(4): p. 431-5.
3. Silver, G.H., et al., *Infant delirium in pediatric critical care settings*. Am J Psychiatry, 2010. **167**(10): p. 1172-7.
4. Schievel, J.N., *On pediatric delirium and the use of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*. Crit Care Med, 2011. **39**(1): p. 220-1.
5. Silver, G., et al., *Pediatric delirium and associated risk factors: a single-center prospective observational study*. Pediatr Crit Care Med, 2015. **16**(4): p. 303-309.
6. Traube, C., et al., *Delirium and Mortality in Critically Ill Children: Epidemiology and Outcomes of Pediatric Delirium*. Crit Care Med, 2017. **45**(5): p. 891-898.
7. American, P.A., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
8. <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>.
9. Silver, G., et al., *Detecting pediatric delirium: development of a rapid observational assessment tool*. Intensive Care Med, 2012. **38**(6): p. 1025-31.
10. Smith, H.A., et al., *The Preschool Confusion Assessment Method for the ICU: Valid and Reliable Delirium Monitoring for Critically Ill Infants and Children*. Crit Care Med, 2016. **44**(3): p. 592-600.
11. Smith, H.A., et al., *Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*. Crit Care Med, 2011. **39**(1): p. 150-7.
12. Traube, C., et al., *Delirium in Critically Ill Children: An International Point Prevalence Study*. Crit Care Med, 2017. **45**(4): p. 584-590.
13. Mehta, S., et al., *Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults*. Crit Care Med, 2015. **43**(3): p. 557-66.
14. Pandharipande, P.P., et al., *Long-term cognitive impairment after critical illness*. N Engl J Med, 2013. **369**(14): p. 1306-16.
15. Zhang, Z., L. Pan, and H. Ni, *Impact of delirium on clinical outcome in critically ill patients: a meta-analysis*. Gen Hosp Psychiatry, 2013. **35**(2): p. 105-11.
16. Colville, G., S. Kerry, and C. Pierce, *Children's factual and delusional memories of intensive care*. Am J Respir Crit Care Med, 2008. **177**(9): p. 976-82.
17. Schievel, J.N., et al., *Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit*. Intensive Care Med, 2007. **33**(6): p. 1033-40.
18. Ista, E., et al., *Sophia Observation withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium scale: A tool for early screening of delirium in the PICU*. Aust Crit Care, 2017.
19. Colville, *Psychological Aspects of Care of the Critically Ill Child*. J Pediatr Intensive Care 2015. **4**: p. 182-187.

20. Franck, L.S., K. Oulton, and E. Bruce, *Parental involvement in neonatal pain management: an empirical and conceptual update*. J Nurs Scholarsh, 2012. **44**(1): p. 45-54.
21. Vrublianskaite, A., *Interview af mor*, R.W. Stenkjaer, Janne, Editor. 2016: Smørblomststien 37, Ishøj.
22. Harris, J., et al., *Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals*. Intensive Care Med, 2016. **42**(6): p. 972-86.
23. Ista, E., et al., *Validation of the SOS-PD scale for assessment of pediatric delirium: a multicenter study*. Crit Care, 2018. **22**(1): p. 309.
24. Simonsen, B.Y., et al., *The Cornell Assessment of Pediatric Delirium: Translation and inter-rater reliability in a Danish pediatric intensive care unit*. Acta Anaesthesiol Scand, 2019. **63**(7): p. 900-904.
25. Ista, E., et al., *Construction of the Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale (SOS) for critically ill children*. Intensive Care Med, 2009. **35**(6): p. 1075-81.
26. Weis, J.e.a. *Klinisk retningslinje for vurdering af iatrogene abstinenser hos børn fra 28 dage til 3 år indlagt til intensiv terapi*. 2018.
27. Wild, D., et al., *Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. Value Health, 2005. **8**(2): p. 94-104.

Bilag

Bilag 1: Søgeprotokol og søgestreng

Bilag 2: Prisma flowchart

Bilag 3: AGREE II "Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals"

Bilag 4: Checkliste til kritisk vurdering af: "the Preschool Confusion Assessment Method for the ICU: Valid and Reliable Delirium Monitoring for Critically Ill Infants and Children"

Bilag 5: Checkliste til kritisk vurdering af: "Sophia Observation withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium scale: A tool for early screening of delirium in the PICU"

Bilag 6: Checkliste til kritisk vurdering af: "Validation of the SOS-PD scale for assessment of pediatric delirium: a multicenter study"

Bilag 7: Evidenstabeller (GRADE profiler)

Redaktionel uafhængighed

Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidragsydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.

Interessekonflikt

Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje.